

来院前体調確認用紙（セカンドオピニオン用） ＜外来受診または転院される患者様へ＞

感染症拡大防止のためにご協力をお願いいたします

◆申込時の朝の体調確認をお願いします。

※症状がある場合は、来院前に電話連絡をお願いします。
※前日までに下記の症状があった場合は早めにご連絡ください。

＜連絡先＞

福島県立医科大学附属病院 （代）024-547-1111
セカンドオピニオン受診であることをお伝えください

◆この用紙は申込時に申込書と共に送付（持参）ください。

※当日、付き添いされる方へ

下記①～③が該当しないことをご確認ください。該当する場合は、来院前に上記＜連絡先＞へご連絡ください。

患者様からみた続柄（ ） 氏名：

①	体温（ ）℃ 年 月 日現在	37.5℃以下↓	37.5℃以上↑
②	咳が出る	なし	あり
	のどが痛い	なし	あり
	だるい	なし	あり
	頭が痛い	なし	あり
	その他、気になる症状 （ ）	なし	あり
③	2週間以内に <u>本人が</u> コロナまたはインフルエンザに 感染しましたか	なし	あり
	2週間以内に <u>身近な方で</u> コロナまたはインフルエンザに 感染した方はいますか	なし	あり
※ 付き添いの方で、上の①～③ に該当する方はいますか		いない	いる